



association can-americain des massothérapeutes

Bonjour,

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à l'Association can-américain des massothérapeutes et sommes heureux de vous faire parvenir le formulaire d'adhésion.

Veillez noter que l'assurance responsabilité professionnelle n'est pas obligatoire pour faire partie de cette association. Si vous désirez obtenir une protection via notre courtier, Beaucage Mercedem Assurances Inc., ce que nous vous conseillons. Veuillez remplir le formulaire ci-joint et le retourner avec votre dossier.

Si vous possédez déjà ce genre de protection, veuillez inclure une preuve d'assurance dans votre envoi ainsi qu'une photocopie de vos diplômes, certificats ou attestations.

Si vous désirez ajouter d'autres renseignements à votre dossier, n'hésitez pas à le faire. Si vous avez des informations additionnelles à nous demander, nous vous prions de communiquer avec nous au (514) 925-3340 ou consulter notre site Internet au <http://www.massotherapie.com>.

Au plaisir de vous accueillir parmi nous.

Formulaire d'adhésion

Nom de famille: _____ Prénom: _____

Adresse: _____ Ville: _____

Province: _____ Code postal: _____

Adresse d'affaires : _____

tél. affaires: (____): _____ Résidence: (____) _____

fax.: (____) _____ E-mail: _____

Date de naissance: _____ # ass. sociale: _____

Langue(s) d'usage : _____

F

M

Écoles	Cours complétés	Heures	Dates

Nom de la personne qui vous parraine _____

SVP joindre des photocopies de vos diplômes, certificats, attestations ou tout autre renseignement susceptible d'aider à l'étude de votre dossier, ainsi qu'une photo récente.

L'assurance responsabilité professionnelle n'est pas obligatoire, si vous désirez obtenir une telle protection, n'hésitez pas à communiquer avec l'un des représentants chez notre courtier Beaucage Mercedem Assurances inc. au (450) 961-4567. SVP inclure une preuve d'assurance à votre dossier si vous possédez une telle protection.

Suivez-vous des cours actuellement? Oui _____ Non _____

Si oui, lesquels?

Êtes-vous membre d'une autre association ou regroupement? Oui _____ Non _____

Si oui, le nom des regroupements et votre numéro de membre :

Travaillez-vous avec les enfants? Oui _____ Non _____

Faites-vous des visites à domicile? Oui _____ Non _____

SVP énumérer vos spécialités : _____

Donnez-vous des conférences : Oui _____ Non _____

Si oui, sur quel sujet ?

Je désire m'enregistrer comme membre et je m'engage à respecter le code de déontologie. Je joins un chèque de 282,19\$ (250\$ + taxes) fait à l'ordre de l'**Association can-américain des massothérapeutes (ACAM)**, pour un an de membership. Si vous adhérez à l'Association nationale des naturothérapeutes le montant du chèque à joindre est de 141,09\$ (125\$ + taxes) au lieu de 282,19\$.

Date: _____ Signature: _____

Prière de signer et retourner ce document.

Dispositions relatives à la loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé (Loi 68)

Vous nous avez donné des informations relatives à votre dossier personnel. Suite à l'entrée en vigueur de la Loi 68, et à moins d'avis contraire de votre part, nous considérons que vous consentez ainsi à ce que nous consignions dans un dossier tous les renseignements que vous nous avez transmis et nous transmettez, verbalement ou par écrit. Également, à moins d'avis contraire de votre part par lettre enregistrée, nous considérons que votre consentement sera valide pour une période de 5 ans.

Consentement

Je consens, d'une façon libre et manifeste, à ce que l'Association can-américain des massothérapeutes consigne dans un dossier tous les renseignements que je lui transmettrai, d'une façon écrite, orale, informatisée ou autre, à partir de maintenant.

Date: _____ Signature: _____



Distribué exclusivement par/ Distributed exclusively by:

**PROPOSITION D'ASSURANCE DE LA RESPONSABILITÉ CIVILE
POUR ERREURS ET OMISSIONS /
APPLICATION FORM ERRORS AND OMISSIONS LIABILITY INSURANCE**

(Garantie en fonction de la date où les réclamations sont présentées / Coverage granted on a claims-made basis)

VEUILLEZ REMPLIR LISIBLEMENT CETTE PROPOSITION ET RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS. N'OUBLIEZ PAS DE SIGNER, DATER ET NOUS RETOURNER CETTE PROPOSITION AVEC VOTRE CHÈQUE. / PLEASE COMPLETE ENTIRELY THIS APPLICATION AND ANSWER TO ALL QUESTIONS. DO NOT FORGET TO DATE, SIGN AND RETURN IT PROMPTLY TO OUR OFFICE WITH YOUR PAYMENT INCLUDED.

PROPOSANT / APPLICANT :		Réservé au courtier / Broker's Section
Adresse postale / Postal Address :		Prime / Premium :
Adresse du bureau / Office Address :		Frais / Fees :
N° téléphone rés. / Home Phone #:		Taxe / Tax :
N° téléphone bur. / Office Phone #:		Total :
N° télécopieur / Fax number :		
Courriel / Email :		

Veillez indiquer ci-après de quelles associations vous êtes membre ? / Indiquez également votre/vos numéro(s) de membre :
Please indicate below Associations that you are a member of? / Please mention your member number :

.....

.....

Veillez spécifier vos spécialités en médecine alternative / Specify your specialities into alternative medicine (i.e. : naturotherapy) :

.....

.....

Depuis combien de temps pratiquez-vous ? / How long have you been practicing ?

.....

Nom de votre assureur précédent / Name of prior Insurer :
Date du renouvellement / Renewal Date :

Au cours des cinq dernières années, avez-vous (le proposant et signataire) fait l'objet de réclamation(s) ou êtes-vous au courant de circonstances pouvant entraîner une/des réclamation(s) contre vous à l'égard de services que vous avez rendus? / During the past five years, did you (the applicant) go through any liability claims or are you aware of any circumstances that might lead to potential claims regarding your practice?
 OUI / YES NON / NO SI OUI, VEUILLEZ COMPLÉTER LE TABLEAU SUIVANT/IF YES, PLEASE COMPLETE THE FOLLOWING

DATE	Veillez donner ci-après les détails de la réclamation Please provide complete information of the claim/loss	MONTANT PAYÉ / AMOUNT PAID OR PENDING

Je certifie la véracité des renseignements fournis dans la présente proposition et déclare n'avoir ni omis, ni dénaturé des faits importants. Je comprends que toute déclaration inexacte ou omission pourrait être sanctionnée par l'annulation de l'assurance. / I hereby declare the above statements and particulars are true and that I have not suppressed or misstated any material facts. I understand that any misstatement or omissions may invalidate the insurance and result in the cancellation of the policy.

Signature Date : (Jour-Day/Mois-Month/Année-Year)

Votre paiement doit être fait à l'ordre de / Your payment should be made to the order of :

Beaucage Assurances Inc. / 1190 Lévis, Terrebonne, QC J6W 5S6
N°s de téléphone / Phone Numbers: 450-961-4567 / 1-800 643-1853 / Fax 450-961-9098
Courriel / Email : gblanchet@beaucageassurances.com



**PROGRAMME D'ASSURANCE POUR MÉDECINES ALTERNATIVES/
INSURANCE PROGRAM FOR ALTERNATIVE MEDICINE**

RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE – PROTECTION OBLIGATOIRE
ERRORS & OMISSIONS LIABILITY – THIS COVERAGE IS NOT OPTIONAL

Cochez
votre
choix/Your
choice is :

Protections/Coverages	Limite/Limit	Franchise/ Deductible	PRIME \$ PREMIUM	
Massothérapie/Naturothérapie et autres pratiques n'étant pas précisées plus bas – Massotherapy / Naturotherapy and other practices not mentioned hereunder	1 000 000 \$	1 000 \$	183.50 \$	
	2 000 000 \$	1 000 \$	211.75 \$	
Orthothérapie / Orthotherapy	1 000 000 \$	1 000 \$	238.00 \$	
	2 000 000 \$	1 000 \$	265.25 \$	
Ostéopathie / Osteopathy	1 000 000 \$	1 000 \$	537.75 \$	
	2 000 000 \$	1 000 \$	597.70 \$	
Bio-Stimulation au Laser, La Trame, Bio- Transformation	1 000 000 \$	1 000 \$	292.50 \$	
	2 000 000 \$	1 000 \$	325.20 \$	

- Dans le cas où vous pratiquez plus d'une activité, la prime la plus élevée s'applique.
- If you are practicing more than one activity, the higher premium shall prevail.

**Protections optionnelles
Optional coverage**

RESPONSABILITÉ CIVILE GÉNÉRALE -COMPREHENSIVE GENERAL LIABILITY

Prime fixe pour toutes les activités	1 000 000 \$	1 000 \$	87.20 \$	
Flat premium for all activities	2 000 000 \$	1 000 \$	109.00 \$	

ASSURANCE DES BIENS ET PERTES DE REVENUS / PROPERTY DAMAGE AND LOSS OF PROFITS

Choix de 2 options / 2 choices :

OPTION 1	Pertes de Revenus 10 000.\$	15 000 \$	500 \$	81.75 \$	
OPTION 2	Pertes de Revenus 20 000.\$	15 000 \$	500 \$	136.25 \$	

Remboursement des frais de défense en matière pénale / Penal defence costs reimbursement

Limite : 20 000 \$ par réclamation/ 40 000 \$ pour le terme du contrat. / **Limit :** \$20,000. per claim / \$40,000. for the contract term.

	1 000 \$	54.50 \$	
--	----------	----------	--

PRIME TOTALE / TOTAL PREMIUM

_____ \$

Les modalités de paiement sont comme suit : Deux chèques postdatés mensuels consécutifs (le premier chèque à la date d'entrée en vigueur de la protection, l'autre à la même date le mois suivant), par Desjardins Accès D. Your payment shall be made as follows: Two postdated cheques (the first one being at the inception date of coverage, and the other at the same date, the following month), or by Desjardins Acces D.

X

Signature

Date : (Jour-Day-/Mois-Month/Année-Year)

Ce document doit absolument accompagner la proposition d'assurance (page 1. de ce document)
This document shall be attached to Application Form (see page 1.)

Votre paiement doit être fait à l'ordre de / Your payment should be made to the order of :
Beaucage Assurances Inc.

Acceptation de la prime par le proposant